

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta ..... Data wpłynięcia wniosku .....

Numer PESEL\* pacjenta ..... Numer telefonu kontaktowego .....

\*w przypadku braku – data urodzenia

**Proszę o przygotowanie kopii następującej dokumentacji medycznej: :**

pełnej dokumentacji medycznej

wybranej dokumentacji medycznej określonej poniżej:

- podsumowanie leczenia danego cyklu (karta informacyjna)\*\*

ostatnio wykonanego

wszystkie

innych.....

.....  
(zakres dat)

- konsultacje lekarskie

ostatnia konsultacja lekarska

wszystkie

konsultacje lekarskie z okresu .....

.....  
.....  
(zakres dat)

- opisy zabiegów diagnostycznych

SonoHSG

histeroskopia

kolposkopia

biopsja jądra

wszystkie

- kopie wyników badań

z krwi

cytogenetyczne

histopatologiczne

nasienia

posiew

cytologia

test PCT

wszystkie

konkretnie określone .....

.....  
.....  
(data i rodzaj badania)

- inne rodzaje dokumentacji indywidualnej Pacjenta nieuwzględnione powyżej

.....  
.....  
.....  
.....

UWAGI: .....

\*\*dokument zawiera informacje dotyczące m.in.: dat rozpoczęcia i zakończenia cyklu, przyczyny niepłodności, zastosowanego leczenia, monitoringu cyklu, zapłodnienia pozaustrojowego, rozwoju zarodków

Potwierdzenie sporządzenia wyżej wymienionej kopii dokumentacji medycznej:

.....  
czytelny podpis osoby sporządzającej kopię

**Potwierdzenie wydania wyżej wymienionej kopii dokumentacji medycznej:**

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej

.....  
numer PESEL\* osoby odbierającej

\*w przypadku braku – data urodzenia

.....  
czytelny podpis osoby wydającej kopię .....